

Gesprächskreis Arbeit und Soziales

Reformen für die Zukunft

Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik

Vorgelegt zur Tagung der Friedrich–Ebert–Stiftung,
Gesprächskreis Arbeit und Soziales,
"Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich"
am 11. April 2002 in Berlin

Hiermit legen wir eine Veröffentlichung der Friedrich–Ebert–Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, für die Tagung am 11. April 2002 in Berlin vor. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autoren in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden.

ISBN: 3-86077-975-3

Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen

Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung

Abteilung Arbeit und Sozialpolitik

D-53170 Bonn

April 2002

Printed in Germany 2002

Die in diesem Papier der Friedrich-Ebert-Stiftung vorgeschlagenen Eckpunkte für eine neue Gesundheitspolitik werden unterstützt von:

Dr. Hanfried Andersen,

Technische Universität Berlin, Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht

Prof. Dr. Gertrud M. Backes,

Universität GH Kassel, FB Soziale Gerontologie

Prof. Dr. Gerhard Bäcker-Breil,

Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach

Prof. Dr. Susanne Busch,

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Prof. Dr. Gerd Glaeske,

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

Dr. Christopher Hermann,

Mitglied des Vorstandes, AOK Baden–Württemberg, Stuttgart

Prof. Dr. Klaus Hofemann,

Fachhochschule Köln

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann,

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Gerhard Igl,

Universität Kiel, Geschäftsführender Vorstand des Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa

Prof. Dr. Annelie Keil,

Dekanin, Universität Bremen, FB Human– und Gesundheitswissenschaften, Leiterin des Instituts für angewandte Biographie– und Lebensmittelforschung (IBL)

Dr. Ute Klammer,

WSI in der Hans–Böckler–Stiftung, Düsseldorf

Dr. Ruth Kölb–Keerl,

Vorstand der Vereinigung ophthalmologischer PraxisKliniken e.V., Langen bei Bremerhaven

Prof. Dr. Petra Kolip,

Bremer Institut für Präventionsforschung, Sozialmedizin und Epidemiologie (BIPSI), Universität Bremen, FB Human– und Gesundheitswissenschaften

Prof. Dr. Frauke Koppelin,

Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven

Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach,

Universität Köln, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie

Prof. Dr. Dietrich Milles,

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), FB Human– und Gesundheitswissenschaften

Prof. Dr. Gerhard Naegele,

Universität Dortmund, Direktor des Instituts für Gerontologie

Prof. Dr. Anita Pfaff,

Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg

Dr. Heinz Rothgang,

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

Prof. Dr. Frank Schulz–Nieswandt,

Universität Köln, Seminar für Sozialpolitik

Prof. Dr. Johannes Schwarze,

Universität Bamberg, Fakultät Sozial– und Wirtschaftswissenschaften

Dr. Peter Schwoerer,

MDK Baden–Württemberg, Lahr

Prof. Dr. Stefan Sell,

Fachhochschule Koblenz, Standort Remagen, Leiter des Studiengangs "Gesundheits– und Sozialwirtschaft"

Prof. Dr. Jürgen Wasem,

Universität Greifswald, Direktor des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement

Solidarität und Gemeinwohlorientierung einer Gesellschaft zeigen sich immer dort, wo es darum geht, Menschen in existenziellen Notlagen zu helfen. Dies gilt insbesondere, wenn es um die Gesundheit und die medizinische Versorgung von Kranken geht. Menschen können nur dann an der Gesellschaft teilhaben und auch Eigenverantwortung übernehmen, wenn sie gesundheitlich dazu in der Lage sind. Gesundheit und Gesundheitspolitik sind deshalb nicht allein Privatsache, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe.

Solidarität und Verantwortung in der Gesundheitspolitik heißt daher, die Gesunden helfen den Kranken, die Jungen den Alten, die sozial besser Gestellten den sozial Schwachen. Dies ist kein Prinzip von gestern, sondern ein Grundwert einer modernen und humanen Gesellschaft. Wer dies aufgibt oder beschädigt, will eine andere Gesellschaft, eine Gesellschaft ohne Solidarität und Gemeinwohlorientierung.

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen und Reformnotwendigkeiten. Denn die bestehenden Strukturen, Institutionen und Instrumente werden zunehmend ineffizient, sowohl für die Leistungserbringer, die Beitragszahler als auch für den einzelnen Patienten.

Das deutsche Gesundheitssystem hatte im internationalen Vergleich über Jahrzehnte hinweg eine Vorbildfunktion. Zu den Stärken im internationalen Vergleich zählen nach wie vor

- die vorhandenen modernen medizinischen Einrichtungen,
- eine Versorgung ohne Wartelisten, ein schneller und unbürokratischer Zugang zum Arzt und Krankenhaus,
- ein umfassender Versicherungsschutz für alle sowie
- ein einheitlicher und vom Einkommen unabhängiger Leistungsanspruch, der allein durch das medizinisch Notwendige definiert wird.

Dennoch hat Deutschland seine Vorbildfunktion im Gesundheitswesen in den letzten Jahren eingebüßt. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt unter dem Durchschnitt der Länder der Europäischen Union und hat sich in den letzten zehn Jahren weniger gut entwickelt als die in vielen unserer Nachbarländer.

Vergleicht man die Sterblichkeit aufgrund eines Schlaganfalls, Diabetes mellitus, Darmkrebs und Brustkrebs in Deutschland mit der Sterblichkeit in Frankreich, Italien, England, Finnland, Schweden, den Niederlanden und den Vereinigten Staaten, so belegt Deutschland für jede dieser Erkrankungen einen der drei schlechtesten Plätze. Das deutsche Gesundheitssystem leistet nicht, was es leisten könnte.

Im internationalen Vergleich stehen diesen Qualitätsdefiziten deutlich über dem Durchschnitt liegende Ausgaben gegenüber. Nur in den Vereinigten Staaten wird ein höherer Anteil des Bruttoinlandproduktes für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. Deutschland hat die höchsten Ausgaben, relativ und absolut, für Gesundheit in Europa.

Im Vergleich mit den oben genannten Ländern belegt Deutschland für die Zahl der Ärzte pro Einwohner, die Krankenhausbetten pro Einwohner und die durchschnittliche Krankenhausverweildauer jeweils einen der drei "Spitzenplätze" mit entsprechenden Konsequenzen für das Beitrags- und Kostenniveau. Eine der zentralen Aufgaben ist es daher, die Kosten-Nutzen-Relation des deutschen Gesundheitssystems zu verbessern.

Aufbruch für eine neue Gesundheitspolitik

Eine neue Gesundheitspolitik muss insbesondere die Strukturdefizite im deutschen Gesundheitssystem beseitigen:

Fehlen evidenzbasierter Standards und unabhängiger Institutionen in der Qualitätssicherung

Die aufgezeigten Qualitätsprobleme hätten ohne Versagen auch der Selbstverwaltung nicht entstehen können. Die eingeleitete Öffnung für den Wettbewerb hat nicht zu der notwendigen Verlagerung der Zuständigkeit für die Steuerung der Qualität der Versorgung auf Institutionen außerhalb des Wettbewerbs geführt. Das System gleicht bisher einem Wettkampf, in dem sich die Teilnehmer während des laufenden Spiels die Regeln selbst geben, je nach Interessenslage und Einfluss.

Kein anderes europäisches Land überlässt die Entscheidungshoheit im Bereich der Qualitätsanforderungen so konsequent den unmittelbar betroffenen Wettbewerbern. Beispielsweise wird die für die Brustkrebschirurgie notwendige Mindestzahl von Eingriffen zur Sicherung eines bestimmten Qualitätsstandards von einem großen Teil der in Deutschland operierenden gynäkologischen Einrichtungen nicht erreicht. Für das deutsche Gesundheitssystem existiert kein nationales Institut für Qualität in der Medizin, das diese Aufgabe im Auftrag des Staates übernimmt. Nicht einmal für die wichtigsten Volkskrankheiten gibt es in Deutschland qualitativ hochwertige wissenschaftliche Behandlungsleitlinien. Dies ist eine von mehreren Ursachen dafür, dass sehr häufig die Versorgung dem wissenschaftlichen Standard nicht entspricht.

Fehlende sektorenübergreifende Versorgung

Im deutschen Gesundheitssystem existiert eine starke Trennung des ambulanten und des stationären Sektors. Beide Sektoren haben ein getrenntes Entgeltsystem, welches die Leistung und insbesondere die Qualität der Versorgung nicht ausreichend berücksichtigt. Durch die Trennung der Budgets, Entgeltsysteme und Zuständigkeiten der beiden Sektoren kommt es zu einer Diskontinuität der Versorgung.

Eine sektorenübergreifende Versorgung, wie sie insbesondere in der Krebsbehandlung und bei fortgeschrittenen Herz- und Kreislauferkrankungen medizinisch sinnvoll wäre, wird daher selten durchgeführt, obwohl vom Gesetzgeber in der Gesundheitsreform 2000 einige Möglichkeiten dazu geschaffen wurden.

Fehlen von Tarifen mit bevorzugten Leistungserbringern

Im Bereich der ambulanten Medizin hat sich international ein Hausarztmodell bewährt, in dem der Hausarzt eine Lotsenfunktion für den Patienten übernimmt. In Deutschland fehlt z.B. im Vergleich zu den skandinavischen Ländern und den Niederlanden für den Versicherten bislang die Möglichkeit, sich in ein wirtschaftlich attraktives Hausarztmodell einzuschreiben oder sich für Tarife mit anderen ausgewählten Leistungserbringern zu entscheiden. Die mit solchen Modellen einhergehenden Effizienzgewinne durch Vermeidung von Fehlversorgung und Überversorgung können an den Versicherten weitergegeben werden.

Fehlen von Disease Management Programmen für chronisch Kranke

Mit dem Gesetz zur Novellierung des Risikostrukturausgleichs wird das bislang fehlende evidenzbasierte Disease Management erstmalig gefördert. Solche Disease Management Programme sind Voraussetzungen in unserem differenzierten unübersichtlichen Gesundheitssystem, die notwendige Leistungen zu vernünftigen Kosten und Qualitätsstandards für die Patienten verfügbar machen. Durch die Möglichkeit, mit einzelnen Leistungserbringern zu kontrahieren, kann sich ein Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität entwickeln.

GKV 2010 – Eckpunkte und Instrumente einer Strukturreform des Gesundheitssystems

Wir brauchen eine Neuausrichtung der deutschen Gesundheitspolitik. Die Praxis der Verständigung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner muss aufgebrochen werden. Politik hat dafür die notwendigen neuen Rahmenbedingungen zu schaffen. Eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik muss sich an den Grundsätzen von

- Solidarität
- Qualität
- Wettbewerb
- und Prävention

orientieren.

Eine konsequente Ausrichtung auf diese Prinzipien wird notwendigerweise zu einer Neudefinition der Rollen, Aufgaben und Arbeitsweisen aller am Gesundheitssystem Beteiligten führen. Politik hat in diesem Zusammenhang die Aufgabe, die Neuorientierung der Rolle des Staates einzuleiten. Sie muss sich aus der bisherigen bürokratischen Steuerung der Institutionen zurückziehen und sich stattdessen auf den Verbraucherschutz und die Sicherung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs konzentrieren.

Solidarität

Solidarität ist ein Grundprinzip der sozialstaatlichen Tradition in Europa. Zentrales Element ist der gleiche Zugang zu solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen. Damit wird Versorgungsgerechtigkeit gewährleistet.

Sowohl das Prinzip der solidarischen und paritätischen Finanzierung der GKV als auch der einheitliche und gemeinsame Leistungskatalog müssen erhalten bleiben. Die Finanzierung des Systems kann weiterentwickelt werden durch

- die Berücksichtigung anderer Einkommensarten,
- die Neuregelung der Versicherungspflichtgrenze und der Beitragsbemessungsgrundlagen,
- die Umfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen, z.B. aus dem Bereich der Familienpolitik,
- die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Die Finanzierung der Sozialen Krankenversicherung muss in den kommenden Jahren auch gerade unter dem Gesichtspunkt einer stärkeren Europäisierung überprüft werden. Ein System der Grund- und Wahlleistungen lehnen wir ab. Es verletzt das Prinzip des umfassenden Gesundheitsschutzes im Rahmen eines solidarisch finanzierten Versicherungssystems. Vor einer möglichen Erschließung neuer Finanzierungsquellen müssen

die Möglichkeiten zur Steigerung von Qualität und Effizienz ausgenutzt werden.

Qualität

Für die Verbesserung der Qualität der Versorgung ist es notwendig, dass die Aufgaben für den Verbraucherschutz und die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neu verteilt werden. Der Wettbewerb muss zukünftig auf die Interessen der Patienten ausgerichtet werden. Dafür ist der Aufbau eines staatlichen Institutes für Qualität in der Medizin notwendig, das auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse die Qualitätsstandards für den Wettbewerb im Gesundheitswesen definiert. Die Vorgabe von zum Beispiel Mindestmengen oder Leitlinien für wichtige medizinische Eingriffe gehören zu diesen Standards. Die Berechtigung zur Teilnahme am Wettbewerb muss an die Erfüllung dieser Qualitätsstandards gebunden sein. Spätestens nach einer Übergangszeit müssen Einrichtungen, die diesen Qualitätsstandards nicht genügen können, von der Teilnahme am Wettbewerb ausgeschlossen werden.

Für die Aufnahme neuer Arzneimittel in die Erstattungspflicht der Krankenkassen, muss ebenfalls eine staatliche Institution, wie zum Beispiel das englische "National Institute of Clinical Excellence (NICE)", eingerichtet werden, die die Erstattungsfähigkeit neuer Arzneimittel für die GKV von deren Kosten-/Nutzenrelationen abhängig macht. Unwirtschaftliche oder unwirksame Arzneimittel sollten nicht von der GKV erstattet werden.

Die Einführung einer Veröffentlichungspflicht ausgewählter Qualitätsindikatoren für die Leistungserbringer trägt ebenfalls zur Qualitätssicherung und zur Verbesserung der Transparenz der Versorgung bei. Die Verbreitung dieser Informationen zusammen mit Patientenversionen der wichtigsten Therapieleitlinien sind notwendige wichtige Stärkungen des Verbraucherschutzes in der Medizin.

Wettbewerb

Im Mittelpunkt einer neuen Gesundheitsreform muss der Aufbau einer modernen, solidarischen Wettbewerbsordnung stehen. Die bisherigen Möglichkeiten des Wettbewerbs werden kaum zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung genutzt. Krankenkassen, aber auch Ärzte, Krankenhäuser und die übrigen Erbringer von Gesundheitsleistungen sind heute zu sehr durch starre Vorschriften eingeschränkt.

Der Wettbewerb ist bisher auf halber Strecke stehen geblieben. Es fehlen die notwendigen Instrumente in den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, damit sich die wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung im Wettbewerb herausbilden kann. Umgekehrt haben auch einzelne Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern kaum Chancen, sich durch besondere Leistungsfähigkeit oder besondere Wirtschaftlichkeit zu profilieren und so einen größeren Marktanteil in der Versorgung der Versicherten an sich zu binden.

Zu einer solidarischen Wettbewerbsordnung gehören:

- Ein einheitlicher Leistungskatalog

Ein sinnvoller Wettbewerb muss sich auf die Frage konzentrieren, welche Qualität und welche Kosten-Nutzen-Relation eine bedarfsgerechte Versorgung für alle Versicherten haben muss. Vermieden werden muss ein Wettbewerb, in dem sich die Versorgung nicht mehr am medizinisch notwendigen Bedarf, sondern an der Zahlungsfähigkeit der Versicherten oder ihrer Attraktivität für die Krankenkassen orientiert. Nicht die Frage, welche Leistungen von den Krankenkassen finanziert werden, sondern von wem und wie die Leistungen erbracht werden, muss Gegenstand des neuen Wettbewerbs sein. Staatliche Aufgabe ist es, den Rahmen für einen einheitlichen Leistungskatalog zu bestimmen und eine moderne Gesundheitsberichterstattung aufzubauen.

- Ein Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen

Die Krankenkassen müssen die Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung übernehmen. Wie in jedem wettbewerblichen System muss die Leistung von demjenigen garantiert werden, der auch die Verantwortung für die Kosten trägt. Eine Krankenkasse wird vom Versicherten mit seinen Beiträgen verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung zu garantieren. Dieser Verantwortung entledigt sich die Krankenkasse heute durch die pauschale Weitergabe dieses Auftrags an einen Monopolanbieter. In Zukunft müssen die Krankenkassen ihr Rollenverständnis wandeln: Sie müssen vom "payer" zum "player" im Gesundheitswesen werden. Voraussetzung dafür ist die umfassende Revision des GKV-Organisationsrahmens.

- Ein Fortfall des Kontrahierungszwangs zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen

Kein Wettbewerb kann ohne geeignete Wettbewerbsordnung funktionieren. Wettbewerb entsteht nicht, wenn jeder Nachfrager gesetzlich verpflichtet ist, mit jedem Anbieter zu kooperieren. Dies bedeutet für den Nachfrager, dass er auch Leistungen einkaufen muss, von denen er weiß, dass sie seinen qualitativen Anforderungen nicht entsprechen. Heute müssen die Krankenkassen auch mit denjenigen Einrichtungen Verträge schließen, die keine gesicherte Versorgungsqualität bieten. Künftig müssen Krankenkassen und Anbieter freie Verträge im Rahmen der qualitätsorientierten Versorgung schließen können.

Der Wettbewerb führt dann zu mehr Effizienz, wenn er Anbietern mit hoher Qualität und einer guten Kosten-Nutzen-Relation Vorteile ermöglicht. Wenn der Sicherstellungsauftrag durch die Krankenkassen übernommen wird, darf es für die Leistungserbringer keine Pflicht geben, einen Einheitsvertrag aller Krankenkassen erfüllen zu müssen. Umgekehrt kann es einer Krankenkasse und den Patienten nicht zugemutet werden, über den Bedarf hinaus oder in Fällen inakzeptabler Qualität dennoch Verträge abschließen zu müssen.

- Eine Weiterentwicklung des Leistungskatalogs

Die Prüfung des Leistungskatalogs auf Bedarfsgerechtigkeit kann weder den Krankenkassen noch den Leistungserbringern aufgetragen werden. Die Prüfung neuer Verfahren für die Aufnahme in den Leistungskatalog bzw. die Prüfung bereits etablierter Verfahren im Lichte des technischen Fortschritts muss unabhängig geregelt, klar definiert und zugeordnet sein. Dazu sollte auf wissenschaftlichen Sachverstand und dafür eingerichtete Institutionen zurückgegriffen werden, wie dies in England z.B. durch das National Institute of Clinical Excellence (NICE) getan wird.

Prävention

Der Ausbau der Prävention ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik. Durch die Einführung und nachhaltige Förderung von nationalen Präventionsprogrammen für die großen Volkskrankheiten lässt sich die Entwicklung des medizinischen Bedarfs in einer alternden Gesellschaft maßgeblich beeinflussen. Dafür müssen neue Instrumente geschaffen werden, durch die qualitätsgesicherte Präventionsangebote in Schulen, Betrieben und in der breiten Öffentlichkeit implementiert werden können. Diese Programme können die Gesundheitserwartung insbesondere sozial benachteiligter Gruppen verbessern und stellen einen zentralen Baustein zur langfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit der GKV dar.

Der Ausbau der Prävention ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik. Die Vorbeugung gegen Krankheiten leistet insbesondere im Bereich der weitverbreiteten Volkskrankheiten einen wichtigen Beitrag sowohl zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung als auch zur Vermeidung von finanziellen Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Hierfür sind allgemein anerkannte inhaltliche Orientierungsmarken erforderlich. Gesundheitsziele, die mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen verabredet werden, bilden eine Richtschnur für präventionsorientierte Gesundheitspolitik. Die Gesundheitsziele werden ehrgeizig, aber realistisch formuliert und laufend erfolgskontrolliert.

Nach derzeitigem Stand fehlt auch aus strukturellen Gründen ein systematischer Einsatz von Präventionsprogrammen in Schulen, Betrieben und in der Öffentlichkeit. Die Aktivitäten der zuständigen Bundes- und Landesbehörden, der Kommunen und der Krankenkassen sind nicht aufeinander abgestimmt. Es

hat sich in der Praxis ein System der Komplementärfinanzierung entwickelt, welches bestimmte Präventionsangebote einer Mischfinanzierung durch verschiedene Träger unterwirft.

Um hier zu einer weniger zufallsabhängigen und langfristig wirksamen Präventionsarbeit zu gelangen, bedarf es einer Vereinheitlichung der Verantwortlichkeit für die finanziellen Ressourcen der Präventionsarbeit. Ein Präventionsfonds oder eine Präventionsstiftung kann hierbei sehr hilfreich sein.

Chancen einer neuen Gesundheitspolitik

Der Erneuerungsbedarf kann nicht aus individuellen, Status- oder Verbandsinteressen und -egoismen abgeleitet werden. Die Selbstblockade des Gesundheitssystems kann nur überwunden werden, wenn alle dazu einen Beitrag leisten. Gerade die im Gesundheitswesen Tätigen wissen am besten, wo es Erneuerungsbedarf gibt.

Die Neuausrichtung der deutschen Gesundheitspolitik an Solidarität, Qualität, Wettbewerb und Patientenbedürfnissen schafft neue Chancen für Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, für alle Akteure und Beschäftigten im Gesundheitswesen, die sich konsequent den neuen Leitlinien einer solidarischen Wettbewerbsordnung stellen. Möglichkeiten für Eigeninitiative und kreatives unternehmerisches Handeln werden eröffnet.

Der Patient rückt endlich in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems; damit verwirklicht die neue solidarische Wettbewerbsordnung das Leitbild des mündigen Patienten.